287

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1908 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

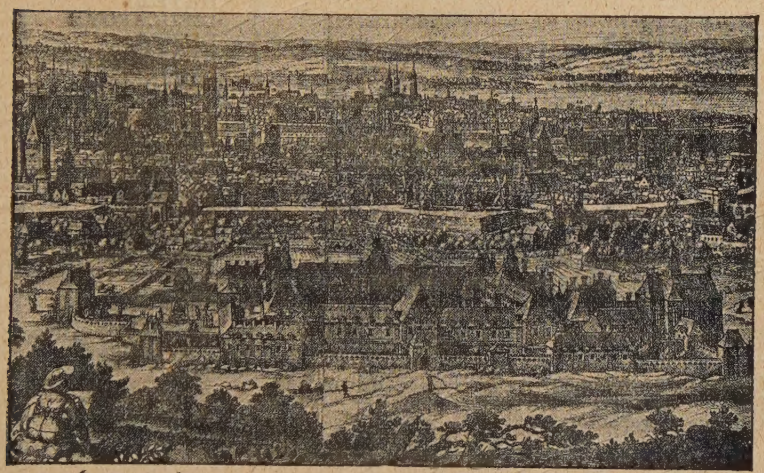
Présentée et soutenue le mercredi 1er juillet 1908, à 1 heure

Par J. REBAUD

Né à Saint-Didier-la-Séauve le 9 août 1881

DU PRURIT TABÉTIQUE

AVEC OU SANS LICHÉNIFICATION



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

Juges : MM. ROGER, *professeur.*
MACAIGNE et LŒPER, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10
Anciennement rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES
CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

C'est pour nous plus encore un plaisir qu'un devoir de venir, au début de ce modeste travail qui doit marquer la fin de nos études médicales, remercier les maîtres éminents qui ont bien voulu nous guider de leur expérience, nous aider de leurs conseils.

M. le professeur Terrier fut notre premier maître dans les hôpitaux de Paris, qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude, en même temps que l'hommage de notre sincère admiration pour l'enseignement qu'il nous a donné à l'hôpital de la Pitié.

Nous avons eu la bonne fortune d'être l'externe de M. le Dr Richelot, professeur agrégé à l'hôpital Cochin, ainsi que de M. le Dr Bourcy, médecin des hôpitaux, à l'hôpital Laënnec ; nous n'oublierons point les preuves d'affectueuse bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant tout le temps que nous avons été dans leur service, et nous sommes heureux de pouvoir leur en exprimer toute notre reconnaissance.

Nous devons encore des remerciements tout parti-

culiers à M. le Dr Milian, médecin des hôpitaux. C'est lui qui nous a donné l'idée de notre thèse, et nous en a fourni la plupart des éléments. Nous garderons toujours le meilleur souvenir du temps trop court passé à ses côtés, ainsi que de l'amabilité avec laquelle il s'est mis à notre disposition, chaque fois que nous lui avons demandé un conseil.

Que M. le professeur Gaucher enfin veuille bien accepter l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous n'aurions garde d'oublier d'adresser tous nos remerciements à MM. les professeurs Déjerine, Raymond, Dieulafoy, Brissaud, Ballet, ainsi qu'à MM. les Drs Bourcy, Faisans, Hirtz, Dalché et Babinski, dans le service desquels nous avons puisé les observations nécessaires à l'édification de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le prurit tabétique n'a été isolé que depuis deux ans. C'est le Dr Milian qui le premier l'a découvert et en a retracé l'histoire. Pourtant les troubles sensitifs du tabès sont non moins variés que nombreux, et en nous bornant à rappeler les troubles subjectifs de la sensibilité de cette affection nous voyons combien ils ont été décrits avec détail dans tous les traités classiques ; toutefois on signale plutôt des douleurs que du prurit. C'est ainsi qu'on note les sensations de fatigue, de courbature, de piqûre, d'engourdissement, de fourmillement, de crampe ; les douleurs ardentes, lancinantes, térébrantes, fulgurantes survenant par accès ; les douleurs avec sensation de constriction ou de broiement au tronc (douleurs en ceinture, en étau) ; au genou, au cou-de-pied, au poignet (douleurs en jarretière, en brodequin, en bracelet) ; les névralgies du trijumeau accompagnées ou non de tic douloureux de la face. On décrit enfin des crises viscérales, mais partout il s'agit de douleurs et non de prurit.

L'article (Tabès) dû à la plume autorisée de Marie et Guillain, dans le traité de Bouchard et Brissaud, ne fait pas mention de ce symptôme.

Il en est de même dans l'article consacré au tabès, du traité Brouardel et Gilbert, article remarquable, écrit par Déjerine et Thomas.

Fournier, d'ailleurs, dans ses deux livres sur le tabès (*De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, Masson, 1882, et *Leçons sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique*, Masson 1885) ne fait aucune allusion au symptôme prurit, et c'est en vain que nous avons cherché dans les *Archives de Neurologie* de ces dix dernières années un travail où il soit question de prurit lié au tabès.

Pas plus que les neurologistes, les dermatologistes ne se sont préoccupés du prurit tabétique. Seul Jacquet qui depuis si longtemps et si attentivement a étudié les troubles de la sensibilité cutanée en dit quelques mots dans le *Traité de Pratique dermatologiste*, du reste sans paraître y attacher une très grande importance. « Toutes les myélopathies, écrit-il, aiguës ou chroniques, provoquent des troubles sensitifs variés. Le type le plus complet, à ce point de vue, est le tabès avec son riche cortège d'anesthésies, d'hyperesthésies profondes et superficielles ; l'ensemble des *sensations pruritiques* et *le prurit* n'y font pas défaut quoique moins fréquents que les autres troubles. » Mais là se bornent toutes ses déclarations.

Il nous faut arriver au *Mémoire* de G. Milian publié en décembre 1906 aux *Annales des maladies vénérien-*

nes, pour avoir sur cette affection une idée précise. Dans ce *Mémoire*, en effet, le Dr Milian décrit, en s'appuyant sur cinq observations, un « prurit avec lichénification » survenant chez des individus atteints de tabès fruste. C'est le premier en date, nous verrons plus tard qu'il existe également un prurit tabétique pur sans lichénification.

En attendant, constatons que, depuis que Brocq a distingué, à côté du lichen plan, véritable maladie idiopathique, la lichénification qui n'est pas une entité morbide définie mais un symptôme apparaissant dans des circonstances variées, l'histoire des lichens, autrefois si confuse, s'est singulièrement simplifiée.

Ce symptôme qui consiste dans une infiltration des téguments avec exagération des plis naturels de la peau, ceux-ci formant alors un quadrillage plus ou moins régulier, traduit simplement une réaction de la peau consécutive au grattage qu'occasionne le prurit. Il peut être secondaire à une dermatose quelconque pourvu qu'elle soit prurigineuse ou au contraire se développer sur une peau en apparence saine du moins objectivement. C'est cette variété qui nous occupe ici, car le prurit tabétique est un prurit *sine materia*, sans lésion cutanée objective.

Cette lichénification primitive fut tout d'abord désignée par Brocq sous le nom de névrodermite. Dans la pensée de l'auteur, ce terme indiquait que les nerfs jouaient un rôle dans la pathogénie de ce symptôme, et en effet plusieurs faits semblaient confirmer cette hypothèse: ainsi la constance du prurit avant l'éruption

par exemple, la distribution radiculaire des lésions qui est presque la règle, etc...

Dans certains cas pourtant, l'intervention du nerf est loin d'être démontrée ; souvent même le système nerveux central (moelle et cerveau) semble être en cause, c'est ce que Gasne et Chiray ont soutenu déjà.

Aussi pour remédier à cette insuffisance d'appellation Brocq a-t-il plus tard changé son terme « névrodermite » contre celui de « prurit avec lichénification ». De telle sorte que cette appellation est au-dessus de toute critique, « elle consacre, dit Milian, un fait d'observation sans s'engager dans une pathogénie contestable. »

Le 17 octobre 1907, le Dr G. Milian publie à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* un autre article et six observations nouvelles de prurit tabétique pur sans lichénification. La variété de prurit tabétique est ains créée, mais dans tous ces cas, il s'agit de tabès au début, de tabès fruste.

La semaine suivante enfin le Dr Henri Lamy, répondant à la communication de Milian, fait part, à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, d'une observation de prurit pur également, survenu chez une malade « parvenue au dernier degré de la cachexie et de l'incoordination tabétique ».

Telle est toute l'histoire du prurit tabétique. Ce sujet était neuf, aussi nous a-t-il paru intéressant d'en faire la description clinique et d'essayer de montrer toute l'importance de ce symptôme révélateur d'une affection très grave, nous avons nommé le tabès.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

L'affection que nous décrivons, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer dans notre historique, se présente sous deux formes. Tantôt c'est un prurit pur et simple sans lésion cutanée consécutive, tantôt, au contraire, il s'accompagne de plaques de lichen circonscrit, c'est-à-dire de plaques d'infiltration cutanée de couleur violacée entourées d'une zone de pigmentation brune et succédant au grattage violent et chronique provoqué par le prurit. Il réalise alors ce que Brocq a désigné sous le nom de prurit avec lichénification.

Survenant spontanément, le prurit tabétique, analogue en cela aux autres variétés de prurit, se manifeste par des sensations variables comme nature et intensité : ce sont soit des démangeaisons, soit encore des cuissons, ou bien des picotements, souvent même des brûlures, et qui apparaissent sous forme d'accès ou de crises plus ou moins fréquentes.

Ces crises sont surtout nocturnes et alors que le malade est au lit, elles prennent si vite une intensité telle que ce dernier ne peut plus résister au besoin de se gratter, et le fait bientôt avec frénésie, furieusement. Tout lui sert à se gratter, ongles, linge rude, brosses, tous objets qui parfois ne font qu'exaspérer les sensations, et le poussent jusqu'à « s'arracher la peau ». Il est vrai aussi que souvent le prurit cesse lorsque la peau est excoriée ; la douleur de l'excoriation remplace alors la démangeaison, et le malade éprouve à ce moment une sensation de soulagement, de détente nerveuse, de bien-être général quand il a ensanglanté les régions prurigineuses.

Ce prurit est localisé à certaines parties du corps. Il siège tantôt aux mollets, aux bras, aux avant-bras, tantôt à la région lombaire, à la ceinture, sur le devant du thorax, dans la région préstomacale, aux paupières, etc... Le Dr Milian insiste surtout sur le prurit anal. Parmi nos sept observations personnelles, nous ne l'avons rencontré qu'une fois. Quoi qu'il en soit et ainsi qu'on le voit par cette énumération, le prurit tabétique n'est jamais un prurit généralisé comme le pruritus hiemalis de Duhring, le prurit sénile ou les prurits toxiques, tels que le prurit ictérique, brightique, mais bien toujours un prurit parfaitement localisé. Cette localisation est très précise, strictement limitée à une région déterminée. Notons en passant que, lorsque les paupières deviennent le siège de prurit tabétique, ce sont presque exclusivement les paupières supérieures qui sont atteintes. Ceci explique pourquoi certains malades croient

avoir affaire à une maladie des yeux, et vont pour cela consulter des ophtalmologistes.

Ainsi fixé, le prurit tabétique persiste très longtemps, il dure des années, et présente des paroxysmes souvent intolérables. Tel est, en particulier, le prurit anal qui est atroce et dont la persistance est un des caractères les plus essentiels. Rebelle au traitement ordinaire des prurits il devient par cela même exaspérant et peut conduire à l'amaigrissement, à l'insomnie, à l'épuisement nerveux, à la dépression, ou au contraire à l'exaltation morale, parfois même à la folie ou au suicide.

Là ne se bornent point les caractères du prurit tabétique, la région atteinte en effet présente souvent en outre des troubles de sensibilité subjective et objective que l'on rencontre ordinairement dans le tabès. Ce sont, par exemple, des douleurs fulgurantes, des élancements, de l'anesthésie superficielle ou profonde et qui surviennent sans cause apparente. Quelquefois ces dernières manifestations, ainsi que le prurit correspondent à des altérations fonctionnelles d'un organe voisin profond. Témoin, par exemple, ce malade, dont nous citons plus loin l'observation (observation X) qui présentait des crises gastriques insupportables avec un prurit de la région préstomacale elle-même anesthésiée.

C'est encore ce que nous pouvons remarquer dans le cas de prurit périnéal avec ténesme vésical, etc... Ces faits réalisent ce que le Dr Milian a appelé « le prurit accompagné », c'est-à-dire le prurit qui présente un paroxysme viscéral dans la région profonde corres-

pondant au territoire prurigineux, par comparaison avec le « prurit pur » qui lui ne s'accompagne pas d'altérations viscérales profondes. Ainsi englobé dans la symptomatologie générale, le symptôme cutané disparaît, devient secondaire, accessoire, perd de son importance qui s'accroît au contraire dans le cas de prurit pur.

Un des meilleurs exemples du prurit tabétique pur est certainement le prurit anal. Ici les démangeaisons sont particulièrement violentes. Elles ont pour siège l'anus et le pourtour de l'anus, et présentent des irradiations vers le scrotum. Le plus souvent tout se borne à ce prurit ; d'autres fois au contraire le malade accuse en même temps des sensations douloureuses brusques, semblables aux douleurs fulgurantes, des coups d'épingle, des picotements. Toutes ces sensations prurigineuses et douloureuses reviennent par crises plus ou moins répétées, et la défécation, de même que la chaleur de l'édredon les provoquent le plus ordinairement.

Les démangeaisons réveillent le malade au milieu de la nuit, et le torturent au point de le faire sortir du lit. Le malheureux, ne sachant comment calmer ce prurit intolérable, emploie dans ce but les procédés les plus bizarres, les plus hétéroclites. « Il s'assied nu sur le marbre ou la pierre, dit Milian, s'applique des compresses d'eau froide, des compresses d'eau vinaigrée, des compresses d'eau chaude, se gratte violemment, tout cela sans résultat. Il passe ainsi des nuits atroces d'insommie jusqu'à ce que vers le matin, épuisé, le prurit cesse de lui-même et laisse au malade la faculté de s'assoupir. »

Le médecin lui-même, appelé, reste impuissant le plus souvent devant ce prurit qui fait éprouver au malade une véritable torture, et c'est en vain qu'il met en œuvre tout ce que la thérapeutique lui fournit de médicaments analgésiques ou calmants. Il emploie avec le même insuccès le pyramidon, le salicylate de soude associé à l'antipyrine, qui ont pu cependant dans quelques cas provoquer une accalmie passagère. On a pratiqué encore la ponction lombaire soit seule, soit suivie d'une injection arachnoïdienne de stovaïne, qui a fourni quelques résultats satisfaisants ; mais toujours l'amélioration n'a été que transitoire et en tous cas bien incomplète. Ce prurit anal est d'une ténacité désespérante ; il est inexorablement réveillé par les écarts de régime, l'usage de mets épicés, l'absorption de vin pur, de liqueurs, et de café. Aussi les malades surveillent-ils beaucoup leur alimentation car ils n'ignorent pas qu'ils « paieront douloureusement la moindre satisfaction accordée à leur gourmandise ».

Les autres prurits tabétiques, à part leur localisation spéciale, n'ont pas de caractères particuliers, ils sont tous également insupportables, peut-être cependant sont-ils moins douloureux que le prurit anal.

Le prurit préorbitaire affecte pourtant un cachet qui lui appartient en propre. Le malade se gratte toute la journée les sourcils et les paupières (nous avons déjà fait remarquer que la paupière supérieure est presque toujours seule prise) ; il se frotte les yeux constamment et, de ce fait, on le prend pour un maniaque.

Le prurit accompagné n'est pas davantage exempt

de douleurs, c'est ce que nous pouvons constater chez le malade de l'observation X que nous reproduisons plus loin. Ce malade atteint de crises gastriques typiques, se plaignait en outre, de démangeaisons violentes, de picotements, de brûlures d'engourdissement de la peau de la région correspondante. Il ne calmait ses symptômes qu'en se grattant furieusement, en pinçant la peau ou en appuyant des deux mains de toutes ses forces sur la région malade.

Ces sensations pénibles survenaient presque constamment au milieu des digestions comme s'il y avait eu quelques rapports entre l'état de la muqueuse stomacale et celui de la peau de la région préstomacale.

Jusqu'ici nous nous sommes presque exclusivement borné à parler des troubles fonctionnels ; les symptômes objectifs en effet sont nuls ou à peu près, c'est le prurigo sine prurigo des anciens. La peau ne présente pas d'autres lésions que celles qui résultent du grattage, souvent même ces dernières sont tout à fait minimes, imperceptibles, hors de proportion avec les violences exercées. Il est fréquent de n'observer que des raies rouges qui persistent pendant quelques minutes et que l'on peut d'ailleurs reproduire à volonté soit avec l'ongle, soit avec un objet mousse.

Mais, d'autres fois, et dans beaucoup de cas, les téguments sont secs, rugueux ; parfois ils s'épaississent, s'indurent, se pigmentent, se lichénifient à la suite des traumatismes incessants auxquels ils sont soumis. C'est le lichen qui succède au prurit tabétique. Nous avons

déjà dit en quoi il consiste ; il nous reste à déterminer ses caractères.

C'est un lichen circonscrit. Non seulement on observe au niveau des placards lichénifiés du prurit, mais encore des douleurs fulgurantes qui ne diffèrent en rien de celles du tabès et nous voyons en particulier chez les malades de l'observation IV les douleurs fulgurantes n'exister que dans le bras atteint de lichen circonscrit.

Il se développe parallèlement au tabès, ou son apparition succède au développement de ce dernier, ce qui semble parfaitement démontrer qu'il n'y a pas là qu'une simple coïncidence, mais bien une relation de cause à effet.

Enfin, il semble que le lichen plan d'origine tabétique offre certains caractères cliniques qui lui appartiennent peut-être plus spécialement et qui pourraient permettre de le reconnaître parmi les autres. C'est d'abord sa longue durée, qui peut être de plusieurs années, c'est ensuite l'intensité et le caractère paroxystique du prurit qui l'accompagne, c'est enfin sa résistance, sa ténacité qui le rendent rebelle à tout traitement, même chirurgical.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le prurit tabétique, avec ou sans lichénification consécutive, est d'un diagnostic délicat. Il est pourtant généralement assez nettement caractérisé pour ne pas prêter à confusion. C'est ainsi que, lorsqu'on se trouvera en présence d'un prurit localisé, tenace, à paroxysmes, et s'accompagnant de sensations diverses, telles qu'élancements et brûlures, il faudra y songer.

Nous avons dit que ce prurit est un prurit *sine materia*, cela nous permet d'éliminer, du premier coup, les prurits secondaires aux dermatoses.

Ses localisations anale, lombaire, périorbitaire, préthoracique, aux mollets, aux avant-bras, à la ceinture, etc., sont presque caractéristiques, et ne permettront point de le confondre avec le prurit d'hiver, sénile, et les prurits toxiques, tels que le prurit ictérique et le prurit brightique, qui sont généralisés et s'en différencient par ce caractère.

La constatation d'une anesthésie objective dans la région prurigineuse est encore, en dehors de l'hystérie, une des particularités qui nous permettra d'affirmer le prurit tabétique.

Pour ce qui est des prurits localisés, tels que le prurit de l'anus, de la vulve, du scrotum, des narines, de a paume des mains et de la plante des pieds (cette dernière variété étant fort rare d'ailleurs), un examen minutieux de ces régions nous permettra, le plus souvent, de trouver des lésions locales capables d'expliquer le prurit dont elles sont atteintes.

Dans le prurit de l'anus nous examinerons, par exemple, si le sujet qui en souffre n'a aucune affection du côté du tube digestif, de ses annexes, ou des régions voisines du podex chez des personnes arthritiques ou nerveuses. Localement nous chercherons la présence possible de vers parasites du tube digestif et surtout des lombrics et des oxyures, les hémorroïdes, les fissures de l'anus, les rhagades, les rétrécissements de l'urèthre. Enfin les écarts de régime, l'abus des aliments excitants, du café, de l'alcool, du tabac, seront pris en considération.

Pour le prurit de la vulve, en dehors des causes que nous venons de citer plus haut, au sujet du prurit anal et qui s'appliquent ici également, nous devrons noter en plus la présence de troubles utérins, la grossesse, tantôt la ménopause, tantôt les affections de la matrice et du vagin de quelque nature qu'elles soient, et surtout, les écoulements plus ou moins irritants auxquels elles donnent lieu.

Le système nerveux joue un rôle très important dans le prurit et devra être examiné soigneusement. Rappelons que c'est justement en faisant l'examen du système nerveux, que Milian a été amené à découvrir le prurit tabétique. Enfin il ne faudra point oublier de faire l'examen des urines, et de rechercher le sucre en particulier.

Dans le prurit du scrotum on cherchera s'il n'exite pas un rétrécissement de l'urèthre.

Le prurit du nez s'observe à peu près exclusivement chez les arthritiques ou précède ordinairement un coryza qui avorte ou évolue.

Les prurits, palmaire et plantaire, toujours symétriques, coïncident le plus souvent avec une hyperidrose intense et relèvent alors des mêmes causes que celle-ci.

Une fois ces éliminations faites, il nous restera à faire le diagnostic avec les prurits psychique et hystérique, ce qui sera assez facile en général ; plus difficilement pourrons-nous différencier le prurit tabétique des prurits des neurasthéniques et des paralytiques généraux.

Le prurit psychique relève d'une cause ancienne qui a disparu. Le malade continue à se gratter parce qu'il s'est gratté autrefois. C'est par exemple un individu ayant eu jadis la gale et qui, guéri, n'en continue pas moins à se gratter ; c'est encore un blennorrhagien qui continue à sentir du prurit au méat, malgré que son écoulement soit guéri depuis longtemps, etc... Dans tous les cas il ne faudra jamais oublier de rechercher l'antécédent qui a pu être une occasion pour le malade de se gratter.

Ce prurit d'ailleurs n'est pas rare. Plus fréquent encore est le prurit hystérique. Tout comme le prurit tabétique, il peut, dans la région où siège le prurit, être accompagné d'une anesthésie objective (anesthésie complète à la piqûre par exemple), mais ses caractères de mobilité permettront le plus souvent de le reconnaître. Ce prurit hystérique, en effet, qui peut être localisé, n'a point une localisation fixe, il change de place très souvent, et peut disparaître un jour pour revenir le lendemain. Il suffit même souvent de détourner l'attention du malade pour le voir complètement disparaître.

Les neurasthéniques sont quelquefois atteints d'un prurit parfaitement localisé, et persistant. La précision de cette localisation, de même que sa persistance, si analogues à celles du prurit tabétique, offrent ici une très grande difficulté pour le fait de savoir exactement ce qui revient à l'un ou à l'autre. D'ailleurs, il est également et souvent difficile de différencier un syphilitique neurasthénique de la moelle, autrement dit un myélasthénique, d'un syphilitique tabétique au début. Le seul procédé qui permette la différenciation consiste quelquefois dans la ponction lombaire. Aussi est-il très possible, très probable même, ainsi que le soutient Milian, qu'un grand nombre de prurits de l'anus très persistants, qualifiés de neurasthéniques, relèvent d'un tabès incipiens. C'est là, du moins, une chose dont il faut se méfier dans les cas de prurits datant de plusieurs années.

Les paralytiques généraux sont souvent, eux aussi, atteints de phénomènes prurigineux. Ces derniers re-

vêtent ordinairement la forme de l'épilepsie sensitive. Nous savons d'ailleurs combien le tabès affecte une parenté remarquable avec la paralysie générale progressive, affection réputée aussi comme d'origine syphilitique. Le professeur Raymond est allé jusqu'à prétendre que ces deux maladies n'étaient qu'une seule et même affection, se présentant avec une symptomatologie variable. Quoi qu'il en soit, c'est surtout par un examen attentif de l'état psychique, qu'on arrivera à poser le diagnostic étiologique.

Quant au lichen lié au prurit tabétique, nous croyons l'avoir suffisamment caractérisé plus haut pour qu'il nous paraisse inutile d'y revenir ici.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE

Il est assez curieux de constater que ce soit à propos d'un trouble sensitif de la peau qu'on ait découvert le prurit tabétique, la raison en est, ainsi que le dit fort bien le Dr Milian « que le malade atteint de prurit va consulter le dermatologiste et non le neurologiste et que c'est en recherchant la cause de certains prurits tenaces, inexplicables par la cholémie, la neurasthénie, l'hystérie, etc... qu'il a pu les attribuer au tabès ». Cette remarque est très juste, quoiqu'elle trahisse la modestie de son auteur, et nous l'approuvons pleinement. D'après nos recherches personnelles faites dans plusieurs hôpitaux de Paris, nous avons pu constater en effet que la plupart des tabétiques, soignés, dans les différents services, sont de vieux tabétiques, arrivés à la période d'ataxie, et qui ne présentent plus de prurit à l'époque de leur entrée à l'hôpital. S'ils n'ont pas signalé ce prurit d'autrefois, c'est qu'on n'a pas porté

leur attention sur ce fait qui leur semble n'avoir aucun rapport avec l'affection actuelle dont ils souffrent.

En effet, le prurit tabétique nous paraît, comme à Milian, être un symptôme du début de la maladie, symptôme qui, quoique persistant, finit par disparaître de lui-même à mesure que l'évolution du tabès se poursuit. Et nous nous appuyons, pour affirmer cette opinion, sur nos observations publiées à la fin de ce travail. Jamais nous n'avons constaté le prurit dont il est question, chez des ataxiques ou chez des tabétiques avérés. « Toujours il s'agissait de tabétiques frustes, dit Milian, où le prurit n'était accompagné que de un ou deux symptômes qu'il fallait rechercher avec le plus grand soin, sous peine de les laisser passer inaperçus. » Pour notre part, nous avons toujours vu les sensations prurigineuses coïncider avec des douleurs fulgurantes, ou alterner avec celles-ci, en tous cas elles leur étaient contemporaines et le plus souvent elles disparaissaient avec ces dernières. D'après Milian, l'apparition du prurit tabétique serait même antérieure à l'époque de la disparition des réflexes. Il ne nous a pas été permis de constater ce fait, que Milian a fort bien remarqué : « J'ai eu nettement la preuve de ce *prurit, symptôme avertisseur*, dans quelques observations, en particulier dans l'une où un homme de 33 ans, syphilitique depuis 1896, présentait, depuis le début de l'année 1905, du prurit anal ainsi qu'un mal perforant plantaire. Le 11 juillet 1905, les réflexes achilléens, rotuliens, pupillaires existaient encore intacts. Le 5 août 1905, au contraire, l'achilléen gauche était aboli, l'achilléen droit diminué. »

Chez tous les malades dont nous citons plus loin les observations détaillées, sauf un chez lequel le réflexe rotulien gauche était aboli et un autre dont les rotuliens étaient diminués (nous mettons à part l'observation de H. Lamy), *les réflexes rotuliens étaient même exagérés.* Il n'est pas rare, non plus, de voir les achilléens abolis et les rotuliens conservés ou seulement diminués. Cette exagération des réflexes s'explique facilement par ce fait que l'irritation médullaire en précède toujours la destruction, elle permet également de comprendre pourquoi le prurit tabétique est un symptôme de la période préataxique, car on conçoit aisément que les nerfs avant d'être détruits par le processus tabétique, ce qui détermine l'anesthésie, sont d'abord irrités par lui, ce qui se traduit par le prurit.

Quant au cas de H. Lamy, nous le considérons comme une exception. Toutefois nous devons faire remarquer que sa malade était atteinte d'un tabès dont l'évolution a été particulièrement rapide. Elle avait d'ailleurs, quoique ataxique, en même temps que son prurit, des crises gastriques que l'on a coutume de rencontrer le plus souvent à la première période de cette maladie.

Le prurit tabétique doit donc être rangé parmi les symptômes précurseurs du tabès, et permet de dépister cette affection. Or c'est précisément parce que cette dernière n'est pas encore nettement caractérisée à l'époque où apparaît le prurit, (l'exagération des réflexes tendineux même est capable d'induire en erreur et de faire rejeter l'idée de tabès), qu'on a pu ne pas s'aper-

cevoir de la relation existant entre celui-ci et celle-là. Car, en fait, le prurit tabétique est trop fréquent pour avoir pu aussi longtemps passer inaperçu. Notre statistique, qui porte sur vingt-sept observations, nous permet de relever sept cas de prurit dont six nous paraissent être d'une netteté manifeste. Le septième qui nous semble douteux, nous voulons bien ne pas en tenir compte. Néanmoins, cela nous fait une moyenne de 23 pour 100 ; c'est donc une proportion qui n'est point négligeable.

A un autre point de vue, le Dr Milian a pu constater que sur vingt-cinq cas de prurit, six fois le tabès était en cause, soit, à peu près dans un quart des cas, encore pense-t-il que ces chiffres sont inférieurs à la réalité, car il est probable que sur cinq cas de sa statistique où l'étiologie demeurait obscure, il y en avait sans doute qui relevaient du tabès. Certains de ces malades, en effet, n'ont été vus qu'une fois à des consultations chargées et ne sont pas revenus, comms cela leur avait été demandé, pour un examen minutieux.

Sur les six cas de prurit tabétique de Milian, il y avait trois cas de prurit anal, soit une proportion de 50 p. 100; nous ne l'avons noté qu'une seule fois dans l'observation XV, encore le cas ne nous paraît-il pas très net. Est-ce simplement un hasard, nous croyons plutôt qu'une sorte de pudeur empêche les malades d'avouer, à cause de sa localisation, un prurit dont ils ne souffrent plus d'ailleurs. C'est le prurit thoracique qui nous a paru le plus fréquent. Toutes ces localisations se comprennent très bien, puisque dans le

prurit anal, par exemple, c'est la région médullaire correspondant à cette région cutanée, la moelle dorso-lombaire qui est le plus souvent atteinte dans le tabès. On comprend aussi la fréquence du prurit thoracique, si l'on se souvient de la fréquence de l'anesthésie mammaire chez les tabétiques ; celle du prurit lombaire, si l'on se rappelle le lumbago et les douleurs en ceinture dont ils sont si souvent atteints.

En résumé, le prurit tabétique nous paraît important par sa fréquence, et parce qu'il nous permettra, dans certains cas, de découvrir un tabès incipiens jusque-là insoupçonné.

S'il nous a été permis de constater du prurit chez des tabétiques, nous avons été moins heureux en ce qui concerne le lichen, nous n'en avons rencontré aucun cas. Mais les observations de Milian à ce sujet, sont suffisamment édifiantes, pour qu'il nous soit impossible de mettre en doute le lichen tabétique. L'étiologie du lichen circonscrit est un peu confuse et manque totalement de précision. On a noté dans les antécédents des malades des hémorroïdes, de la leucorrhée, des poussées incessantes de furoncles..... le nervosisme, l'arthritisme nerveux (dénominations bien vagues), sont des causes prédisposantes..., les violentes émotions, les ébranlements subis par le système nerveux, les intoxications diverses, sont des causes déterminantes...

Il n'est pas douteux qu'on doive joindre à toutes ces causes le tabès, et ici encore le tabès fruste, car, écrit Milian, « c'est parmi les formes frustes des maladies qu'il faut rechercher l'étiologie du lichen circonscrit,

symptôme souvent isolé d'apparence, seule manifestation pathologique évidente, alors qu'elle est en réalité l'expression d'une autre affection ou maladie en évolution ».

Ce qui le prouve, c'est que les placards de lichen sont souvent le siège de douleurs fulgurantes absolument analogues à celles du tabès, c'est que ces deux affections semblent bien solidaires l'une de l'autre dans leur ordre d'apparition, et dans leur développement ; c'est, enfin, qu'elles réclament la même thérapeutique ainsi que nous l'allons voir.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Lorsqu'on parcourt les formulaires, à propos du prurit, on est étonné de deux choses, la première c'est de voir indiqué un traitement du prurit, du prurit anal en particulier, comme si le prurit était une maladie, alors qu'il n'est en réalité qu'un symptôme; la deuxième, c'est de constater le nombre invraisemblable de médicaments et de formules préconisés contre ce symptôme. La vérité est que s'il y a tant de médicaments et de formules, c'est parce que tous et toutes sont également employés sans résultat. Cet insuccès tient-il à ce que l'on se borne le plus souvent à une thérapeutique symptomatique ? Sans doute, jusqu'à un certain point pourtant, c'est plutôt croyons-nous, parce qu'en général les prurits sont, comme le dit le professeur Gaucher, « d'une ténacité désespérante, et même parfois rebelle à tout traitement ».

Quoi qu'il en soit, le traitement dans tous les cas

doit être un traitement étiologique. Or le tabès est presque toujours une affection syphilitique ou plutôt parasyphilitique (Fournier). C'est pourquoi ici le traitement étiologique devra être le *traitement antisyphilitique.* On donnera donc le mercure soit en pilules, soit en injections quotidiennes de sels solubles; on prescrira de préférence le benzoate de mercure.

Un des malades, dont l'observation est plus loin citée, a vu par le traitement mercuriel, poursuivi avec persévérance, son prurit anal s'améliorer, puis disparaître. En sera-t-il toujours ainsi ? Il est difficile de l'affirmer, nous savons en effet combien est relatif le succès de la cure hydrargyrique dans le tabès. Néanmoins peut-être nous est-il permis de l'espérer, s'il est vrai, ainsi que nous avons cru le constater, que le prurit est un symptôme ultra-précurseur de cette maladie, le traitement pouvant dans ce cas être efficace, en prévenant les lésions irréparables.

Malheureusement, nous ne pouvons encore être fixés sur ce point. En attendant, il sera toujours possible d'apporter quelques soulagements aux malades en leur prescrivant soit du pyramidon, soit de l'antipyrine, soit encore du salicylate de soude ou même du nitrite de soude, tous médicaments qui calment si souvent les douleurs des tabétiques.

Il faut savoir aussi que la ponction lombaire est également capable de soulager entièrement les malades, pour un temps qui peut varier de un à trois mois.

Le lichen réclame le même traitement, et en particulier l'administration de l'antipyrine. Nous pouvons

voir dans l'observation V que la résection au bistouri des placards de lichen fut incapable d'amener la disparition définitive du prurit, c'est donc une opération qu'on peut éviter, car elle nous semble bien inutile.

On recommandera, enfin d'éviter le bonne chère, les boissons alcooliques, le café, qui réveille le prurit, tout comme les douleurs. On conseillera de plus aux malades de s'abstenir le plus possible du coït, cause d'excitations médullaires contraires à la conservation de l'eudermie.

OBSERVATIONS

Observation I

Lichen circonscrit. Tabès fruste. Syphilis ancienne.
Tirée du *Mémoire* du Dr G. Milian (1).

D..., employé, âgé de 45 ans, est atteint depuis novembre 1902 de plaques démangeantes des deux mollets. Il s'agit de deux petits placards violacés, de la dimension d'une pièce de 2 francs, infiltrés et entourés d'une zone pigmentée, typiques de lichen circonscrit. Il n'y a ni anesthésie, ni retard de la sensibilité au niveau du placard.

Cet homme a des douleurs fulgurantes dans les cuisses et les jambes depuis plusieurs années. Il n'y a pas d'anesthésie plantaire, ni de signe de Romberg. Il présente un myosis considérable, surtout à gauche, avec perte du réflexe lumineux et conservation du réflexe à l'accommodation. Les réflexes achilléens sont entièrement abolis ; les réflexes rotuliens sont exagérés, véritablement spasmodiques.

1. *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1906.

Il a eu la syphilis en 1880 ; son chancre a été diagnostiqué induré par le professeur Fournier ; la maladie a été suivie pendant quelque tem ps par le Dr Barthélemy qui a constaté des accidents cutanés et des plaques muqueuses.

Cet homme s'est marié, mais n'a pas eu d'enfants. Il est en outre entaché d'alcoolisme, car il a le facies agité, du tremblement musculaire, des sueurs faciles, etc. Il avoue boire chaque jour un litre de vin, trois ou quatre apéritifs et trois ou quatre petits verres.

Le malade est mis au bromure de potassium (3 grammes par jour) et les plaques de lichen circonscrit sont recouvertes de la colle de zinc de l'hôpital Saint-Louis.

Trois semaines après, les démangeaisons ont complètement disparu, mais le placard reste intact, bien infiltré. Au bout de ce temps, je le mets en outre aux piqûres d'huile grise. Le placard disparut rapidement à dater de ce moment non pas certes à cause du mercure, car la guérison survint dix jours après la première piqûre, mais grâce aux enveloppements à la colle de zinc qui n'ont pas été interrompus.

Observation II

Lichen circonscrit. Tabès fruste. Syphilis reconnue mais inavouée ou ignorée.

(Tirée du même *Mémoire* du Dr G. Milian).

Ann..., 47 ans, négociant, présente depuis deux ans, au niveau de la région sacrée, exactement au-dessus de la rainure interfessière, un placard démangeant, de la dimension d'une paume de main. Il s'agit d'un placard infiltré de couleur viola-

cée, avec exagération du quadrillage normal, avec quelques squames un peu micacées. Pigmentation marquée autour du placard. Il s'agit d'un placard typique de lichen circonscrit.

Le malade est un tabétique avéré ; il a un myosis très accentué avec signe d'Argyll-Robertson, les réflexes rotuliens sont abolis. Quinze ans auparavant, il avait eu des douleurs fulgurantes des membres inférieurs qui durèrent six mois et dont la véritable nature resta ignorée car on les considéra comme rhumatismales.

L'état des réflexes achilléens n'a pas été recherché.

Le malade nie toute syphilis, mais il présente sur le bord de la langue des cicatrices stellaires leucoplasiques, reliquat d'ulcérations syphilitiques antérieures.

Observation III

Prurit avec lichénification. Tabès fruste : signe d'Argyll-Robertson, douleurs fulgurantes, zones anesthésiques, troubles urinaires. Syphilis non démontrée.

(Tirée du même *Mémoire* du Dr G. Milian).

L... Marie, 35 ans, couturière, se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis pour des démangeaisons accompagnées d'éruption. Démangeaisons et éruption existent depuis sept ou huit ans ; elles siègent symétriquement à la face antérieure des avant-bras, sur les faces latérales du tronc où elles avancent presque sous les seins, à la face antérieure des cuisses.

L'éruption est constituée par de vastes surfaces pigmentées, couleur café au lait, sur lesquelles se pressent des papules plates et brillantes, mêlées de papules excoriées surmontées d'une

croûtelle brunâtre. L'infiltration des téguments est modérée.

La démangeaison est vive et se manifeste surtout par crises à la chaleur du lit. Elle est d'intensité moyenne.

Les antécédents de cette femme sont les suivants : réglée à 14 ans 1/2 elle a eu l'influenza en 1880, la variole en 1893 à l'hôpital de la Conception à Marseille ; elle n'a pas eu d'enfants quoique ayant vécu maritalement depuis 1895.

Il est impossible de retrouver chez elle par l'interrogatoire aucun antécédent de syphilis ; au jour de l'examen, elle n'en présente aucun symptôme cutané ou muqueux.

Par contre, le tabès est chez elle évident ; elle a eu pendant trois mois à l'Hôtel-Dieu en 1900, des crises de douleurs en ceinture qui survenaient quotidiennement de trois à cinq heures du soir ; une nouvelle crise la prit en 1901. Depuis un an, elle a des douleurs fulgurantes typiques dans les membres inférieurs.

Elle présente en outre une anesthésie à peu près complète à la piqûre sur les membres inférieurs, surtout à la partie externe du pied gauche et du mollet gauche. Depuis un an, elle perd les urines au lit la nuit par accès de quatre à cinq jours tous les deux ou trois mois.

Le réflexe plantaire est normal.

Les réflexes achilléens sont normaux.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés.

Les pupilles sont inégales, la gauche étant déformée et en mydriase. Il existe une perte absolue du réflexe lumineux.

Il n'y a pas d'autres signes de tabès, en particulier pas de signe de Romberg, ni d'incoordination motrice.

Les viscères sont sains. On ne relève chez elle qu'une surdité marquée datant de 1892 et que le Dr Lombard, après examen, attribue à une otite sèche double scléreuse.

Observation IV

Névrodermite du bras droit. Douleurs fulgurantes dans ce bras Tabès fruste.

(Extraite du même *Mémoire* du Dr G. Milian).

P..., emballeur, âgé de 67 ans, vient à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis pour des fourmillements et des démangeaisons du bras droit accompagnés d'une « éruption au même niveau », le tout datant de dix-huit mois environ.

Il existe, en effet, à la partie inférieure de la face externe du bras droit, et sur le tiers supérieur de l'avant-bras droit, un placard de lichénification de la largeur de 8 à 10 centimètres sur une hauteur de 15 centimètres environ ; ce placard est de coloration violacée, modérément infiltré, à contours irréguliers. La démangeaison y est très vive ; il y a de l'hyperesthésie très nette à la piqûre. Les nerfs cubital et médian sont assez douloureux à la pression au bras.

Il y a de temps à autre des douleurs fulgurantes dans ce même bras. Il n'y en a ni dans le bras de l'autre côté, ni dans les membres inférieurs. Cet homme est un éthylique, car il présente du tremblement marqué des membres supérieurs et de la langue, ainsi que des petits muscles de la face. Il a des pituites et des cauchemars ; mais il est, avant tout, un tabétique fruste ; il raconte qu'il a depuis dix-huit mois des émissions involontaires d'urine la nuit dans son lit, et le jour dans les pantalons après les mictions. Les réflexes achilléens sont abolis. Le réflexe rotulien gauche est aboli. Le réflexe rotulien

droit est conservé, mais considérablement diminué. Les pupilles sont déformées, ovalaires à grand axe oblique en bas et en dehors pour la pupille gauche, en bas et en dedans pour la pupille droite.

Les réflexes pupillaires sont paresseux et très diminués surtout le réflexe à la lumière. Pas le moindre signe de Romberg, ni la moindre ataxie. Il n'y a pas d'autres troubles de la sensibilité objective que ceux indiqués plus haut.

Le malade nie tout antécédent vénérien. Il a eu deux enfants dont l'un est mort à 14 ans et l'autre en bas âge.

Observation V

Extraite du même *Mémoire* du Dr G. Milian.

B.... âgé de 75 ans, vient me consulter le 14 février 1905 pour des démangeaisons violentes dont il souffre depuis un an.

C'est un vieillard bien conservé, au teint clair et rose, au visage peu ridé ; il a gardé tous ses cheveux d'un blanc d'argent, n'a pas le moindre gerontoxon ; il est alerte, vif, un peu agité même, toujours en mouvement et parle sans cesse.

Le prurit siège aux régions antéro-externes des quatre membres, et en couvre l'étendue entière. Il est extrémement violent et survient par crises presque toujours au même moment la nuit, deux heures après qu'il s'est mis au lit. Il se couche vers 10 h. 1/2 environ et vers minuit ou 1 heure du matin, la crise éclate : c'est d'abord une démangeaison, puis une brûlure, « un feu terrible dans les jambes ».

Pendant une demi-heure, il se gratte avec fureur : « Je me

gratte comme le diable, à m'arracher sans pouvoir m'en empêcher. Je remue dans mon lit, je ne puis tenir en place, je suis souvent obligé de me lever et je tourne autour de ma chambre en miaulant comme un chat. Je réveille les voisins par le bruit que je fais. Il y a des jours où je me jetterais par la fenêtre tant je souffre. Cela dure ainsi une demi-heure, trois quarts d'heure puis peu à peu cela s'éteint et je m'endors harassé. Quelquefois une autre crise me réveille vers 4 heures du matin. Il y a des nuits où les crises se succèdent sans interruption et où je reste assis dans mon fauteuil ou debout jusqu'au lendemain matin. »

Ces crises paroxystiques surviennent toutes les nuits ou toutes les deux nuits, quelquefois à des intervalles très éloignés. Elles sont rares dans la journée, ou en tout cas, bien moins intenses.

Sur les bras et les avant-bras, sur les cuisses et les jambes, à la face antéro-externe, existent des placards diffus de lichénification typique. Ceux-ci sont nettement postérieurs à l'apparition du prurit ; le malade est très affirmatif sur ce point. Il s'agit de vastes placards pigmentés, couleur café au lait, à contour diffus, à la surface desquels existe par place un épaississement modéré des téguments et une exagération du quadrillage normal de la peau avec état luisant de la surface, ainsi que des papules de prurigo excoriées.

Le cœur est normal. Le deuxième bruit est peut-être un peu clangoreux à l'aorte. Le pouls est tendu et donne 76 pulsations à la minute sur le sujet debout, 72 sur le sujet couché. Les artères ne sont ni dures, ni sinueuses.

Les poumons respirent bien dans toute la hauteur. Il n'y a pas le moindre petit râle même aux deux bases.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Le foie et la rate sont de volume normal.

Une analyse d'urine pratiquée le 20 mars 1905 par M. Charlard-Vigier a donné les résultats suivants :

Volume en 24 heures, 1.300 centimètres cubes.

Réaction, acidité prononcée.

Couleur, normale.

Aspect, un peu louche.

Sédiment après repos, dépôt assez abondant, blanchâtre,

Densité, 1.030.

Albumine, néant.

Sucre (glycose), néant.

Urée, 26 gr. 30 par litre.

Acide urique, 0 gr. 33.

Acide phosphorique, 2 gr. 30.

Chlorure de sodium, 8 gr. 10.

Mucine, néant.

Pigments biliaires, néant.

Indican, néant.

Urobiline, traces.

Examen microscopique: urate de soude amorphe assez abondant ; débris de cellules épithéliales venant de la vessie.

Deux nouvelles analyses pratiquées successivement le 22 mai et le 15 avril 1905 ont donné des résultats identiques à la première.

Réaction, 22 *mai* 1905, acidité franche, 15 *avril* 1905, acidité franche.

Couleur, 22 *mai* 1905, jaune clair, 15 *avril* 1905, jaune clair.

Aspect, 22 *mai* 1905, limpide, 15 *avril* 1905, limpide.

Odeur, 22 *mai* 1905, normale, 15 *avril* 1905, normale.

Sédiment après repos, 22 *mai* 1905, peu abondant, 15 *avril* 1905, peu abondant.

Densité, 22 *mai* 1905, 1.026, 15 *avril* 1905, 1.025.

Albuminurie, 22 *mai* 1905, néant, 15 *avril* 1905, néant.

Sucre, 22 *mai* 1905, néant, 15 *avril* 1905, néant.

Urée, 22 *mai* 1905, 24 gr. 60, 15 *avril* 1905, 23 gr. 35 par litre.

Acide urique, 22 *mai* 1905, 0 gr. 30, 15 *avril* 1905, 0 gr. 37.

Acide phosphorique, 22 *mai* 1905, 2 gr. 20, 15 *avril* 1905, 2 gr. 25.

Chlorure de sodium, 22 *mai* 1905, 7 gr. 75, 15 *avril* 1905, 7 gr. 60.

Mucine, 22 *mai* 1905, néant, 15 *avril* 1905, néant.

Pigments biliaires, 22 *mai* 1905, néant, 15 *avril* 1905, néant.

Indoxyle, 22 *mai* 1905, néant, 15 *avril* 1905, néant.

Urobiline, 22 *mai* 1905, traces, 15 *avril* 1905, traces.

Volume des 24 heures, 22 *mai* 1905, 985 centimètres cubes, 15 *avril* 1905, 1.160 centimètres cubes.

Les ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES de B... sont les suivants :

Son père est mort à 71 ans, il y a vingt ans, d'une maladie de foie ; sa mère à 82 ans d'une maladie indéterminée. Celle-ci a eu cinq enfants :

L'aîné le malade ;

Les deuxième, troisième et quatrième morts en bas âge ;

Le cinquième, une fille aujourd'hui âgée de 66 ans et bien portante.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Le malade nie tout antécédent pathologique. Marié en 1885 il eut trois enfants : l'aîné, un garçon

âgé aujourd'hui de 32 ans, bien portant, et les deux autres morts en bas âge.

Je porte le diagnostic de prurit diffus avec lichénification. Étant donné l'âge du sujet, et malgré l'intégrité clinique des viscères, je prescris le régime lacté absolu et 1 gr. 50 de théobromine par jour, dans la pensée qu'il pouvait s'agir d'un prurit par auto-intoxication.

Le 11 *mars* 1905. — Il y a une certaine amélioration mais peu sensible. J'ajoute au régime lacté, cinq sangsues à la région lombaire.

Le 18 *mars* 1905. — Le malade revient me voir ayant eu des crises très violentes pendant la semaine.

Le 22 *avril* 1905. — C'est-à dire 2 mois 1/2 après le début du traitement et malgré le soin avec lequel le régime avait été suivi, l'amélioration était nulle.

Je prescris un régime un peu moins sévère et j'ajoute des cachets de chlorure de sodium à la dose de 2 grammes par jour suivant la formule suivante :

Chlorure de sodium.	1 gramme.
Quinine (sulfate).	0 gr. 10.
Glycérophosphate de chaux. . .	0 gr. 25

Pour un cachet n° 60.

Espérant que la chloruration réussirait peut-être là où la déchloruration avait échoué. Au bout de six semaines le résultat fut également nul.

Je tentai alors d'appliquer la colle de zinc de l'hôpital Saint-Louis. Après quelques jours de soulagement (peut-être coïncidence), les crises de prurit reprirent de plus belle. Bien mieux la colle de zinc elle-même ne fut plus tolérée, car elle provoquait

des démangeaisons peu de temps après son application. Quand l'emplâtre formé par la colle tombait, les crises éclataient avec une violence inouïe.

L'affection était si peu en voie d'amélioration que les placards de lichénisation étaient triplés d'épaisseur ; on ne distinguait plus comme au début de papules de prurigo séparées mais un placard très infitré et d'un seul tenant.

En présence de cet essai négatif d'une thérapeutique antitoxique, je cherchai à nouveau s'il n'y avait pas chez cet homme une cause capable de produire un prurit si rebelle et je réparai une omission de la première heure en examinant avec soin le système nerveux. Un petit fait d'ailleurs m'orienta dans ce sens ; B...se plaignait de troubles urinaires. Il urinait souvent et éprouvait une grande difficulté dans la miction. Le Dr Genouville consulté m'adressa l'examen suivant : « Le canal est libre, (l'olive 22 le parcourt sans autre sensation qu'un très léger ressaut). La vessie se vide (résidu 30 à 40 gr. d'urine claire). La prostate est très volumineuse, grosse, large, saillante, étalée, dure, presque ligneuse mais non bosselée. Il s'agit donc certainement d'une hypertrophie considérable mais simple » (3 mars 1905).

La prostate, quoique hypertrophiée, gênait donc peu la miction puisque le canal laissait passer avec la plus grande facilité l'olive 22. Je pensai à un certain degré de parésie vésicale et peut-être de tabès.

En effet, les réflexes rotuliens étaient complètement abolis tandis que les réflexes achilléens et pupillaires étaient conservés. Les réflexes cutanés abdominaux étaient normaux, les crémastériens abolis, les plantaires diminués.

Le diagnostic de tabès fruste est donc évident. Je mets alors

le malade au *bromure de potassium* à la dose de 3 grammes par jour, un gramme matin, midi et soir à la date du 7 juillet 1905. Le malade continue toujours le régime lacto-végétarien.

Le 26 août 1905. — C'est-à-dire après sept semaines de bromure, l'état du malade est absolument stationnaire ; il y a toujours des démangeaisons violentes et les placards sont de plus en plus infiltrés.

Le 28 novembre 1905. — Je mets ce malade à l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour pensant que ce médicament qui calme souvent les douleurs des tabétiques, pourrait agir sur ces démangeaisons. J'y ajoute, en outre, le véronal à la dose de 0 gr. 25 le soir en se couchant.

Le 2 janvier 1906. — Il y a une certaine amélioration mais non guérison. Il y a un peu moins de démangeaison depuis qu'il prend l'antipyrine et les placards sont moins infiltrés.

Pour épargner le rein de ce malade, je change l'antipyrine par le pyramidon que je donne à la dose de 2 grammes par jour, en trois fois.

Le 14 janvier. — Les crises sont revenues très violentes et le malade me prie de lui enlever un point de la cuisse droite particulièrement brûlant. J'y consens et lui enlève sous la cocaïne à la face antérieure de la cuisse un placard de lichénification d'environ 4 centimètres de long sur 1 cent. 1/2 de large, et je recouvre d'un pansement sec.

Le soulagement au niveau de cette cuisse a été immédiat et a persisté plusieurs semaines. L'amélioration fut telle que le malade me demanda de lui en enlever autant à la jambe. Une ablation analogue me donna également un bon résultat.

Le 24 février 1906. — Les démangeaisons reparaissent. Je

rends au malade l'antipyrine supprimée depuis l'intervention et je lui fais des scarifications sur les régions malades, chaque semaine : c'est le seul traitement qui le soulageait un peu.

Je ne le vois plus. La dernière visite date du 24 mars 1906. Je croyais que las de se traiter, il y avait renoncé.

J'ai appris par la suite qu'un jour, chez lui, il fut pris d'accidents abdominaux subits; transporté à la maison Dubois, il y fut opéré et mourut.

Observation VI

Prurit anal à crises paroxystiques datant de douze ans. Exagération des réflexes tendineux, signe d'Argyll-Robertson.

(Extraite de l'article du Dr G. Milian) (1).

V..., 53 ans, 24 mars 1906.

Se plaint de démangeaisons très vives à l'anus durant depuis une douzaine d'années. Très violentes surtout depuis dix-huit mois, elles apparaissent sous forme de crises paroxystiques surtout nocturnes.

Localement, on ne voit aucune altération des téguments, sinon peut-être un peu d'épaississement des plis radiés.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés.

Les réflexes pupillaires, à la lumière sont abolis; ceux à l'accommodation conservés.

Marié depuis douze ans et possédant une petite fille de 8 ans, bien portante quoique un peu délicate, il nie tout antécédent syphilitique.

1. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 octobre 1907.

Il a eu cependant au régiment une petite écorchure à la verge qui a duré une quinzaine de jours.

Observation VII

Prurit anal. Crises périorbitaires et périnasales. Troubles pupillaires. Exagération des réflexes tendineux. Lymphocytose céphalo-rachidienne.

(Extraite du même article du Dr G. Milian.)

B..., 37 ans, garçon de magasin, 25 septembre 1906.

Se plaint de démangeaisons à l'anus et aux parties génitales durant depuis douze ou treize ans et pour lesquelles il a consulté divers médecins. L'un d'eux désespérant de l'en guérir, lui a même dit qu'il n'y avait rien à faire. Ces démangeaisons s'accompagnent aussi de douleurs vives, brusques, en coup d'épingle, de picotements. Elles surviennent surtout la nuit et quand il a mangé certains aliments irritants.

Il a aussi de temps à autre, en même temps que les crises anales, des crises de démangeaisons périorbitaires et périnasales, en avant des tempes, sur la bordure antérieure des cheveux, quelquefois sur le front, sur le dos du nez, à l'union du cartilage et des os propres.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés.

Il y a de l'inégalité pupillaire (léger myosis droit, un peu de mydriase gauche) et une abolition complète du réflexe lumineux du côté droit tandis qu'il est conservé à gauche.

Nie tout antécédent syphilitique. N'aurait eu qu'une blennorragie à 24 ans, une fièvre typhoïde à 18 ans, et deux érysipèles de la face à 23 et 28 ans.

Le pyramidon à la dose de 2 grammes par jour n'ayant amené aucun soulagement, je pratique le 12 novembre 1906 une *ponction lombaire*. Le liquide s'écoule abondant et sans tension ; à l'examen microscopique, il révèle une lymphocytose légère mais indubitable.

A la suite de cette ponction lombaire, il est soulagé pendant deux mois ; les crises ont disparu et il a recouvré le sommeil.

Le 3 *janvier* 1907. — Il a encore des démangeaisons au visage, mais peu accentuées ; celles de l'anus sont toujours disparues.

Le 4 *avril* 1907. — Les démangeaisons sont réapparues, très vives.

Le 18 *juillet* 1907. — Il y a toujours des démangeaisons. Les pupilles sont toujours inégales, mais, cette fois, il y a mydriase à droite et c'est à gauche que le réflexe lumineux a disparu, il a reparu à droite.

Observation VIII

Prurit anal. Mal perforant. Réflexes achilléens disparus. Douleurs fulgurantes. Lymphocytose céphalo-rachidienne.

(Extraite du même article.)

D..., 33 ans, 11 juillet 1905.

En traitement pour un mal perforant de la plante du pied droit, D... ne présente comme signe fonctionnel que des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont conservés.

Il n'y a pas de troubles pupillaires.

Le malade est syphilitique depuis 1896.

Le 5 août 1905. — Le réflexe achilléen droit est diminué ; i est aboli à gauche.

Le 10 octobre. — Une ponction lombaire nous donne un liquide hypertendu avec lymphocytose marquée.

Il s'agit donc d'un tabès fruste, mais avéré.

Le malade nous raconte qu'en outre, il a, depuis le début d l'année, des démangeaisons extrêmement violentes de l'anus après chaque selle pendant une dizaine de minutes, et souvent au milieu de la nuit, sans cause appréciable. Localement, on ne voit aucune altération des téguments.

Bien que le malade soit à un traitement mercuriel intensif, le prurit persiste toujours aussi vif à la date du 5 juin 1906.

Il prend alors chaque jour trois cachets de salicylate de soude de 50 centigrammes et trois cachets d'antipyrine de 50 centigrammes. Cette médication le débarrasse de son prurit à la date du 26 juin 1906, bien qu'une ponction lombaire pratiquée le 5 janvier 1907 montre toujours une lymphocytose céphalo-rachidienne abondante.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans l'urine.

Observation IX

Prurit anal, péri-orbitaire, prétemporal. Signe d'Argyll-Robertson. Abolition du réflexe rotulien gauche. Syphilis vingt-quatre ans auparavant.

(Extraite du même article).

Sch..., 44 ans, 19 avril 1904.

Se plaint de démangeaisons à l'anus, mais surtout de déman-

geaisons aux deux paupières supérieures, quelquefois un peu aux inférieures, souvent en avant des tempes. C'est un véritable agacement que cette perpétuelle cuisson autour des paupières et il passe sans cesse les doigts sur les sourcils pour y remédier Il a consulté à ce sujet déjà un oculiste renommé qui lui a prescrit des compresses phéniquées, mais n'a pas trouvé de maladie palpébrale.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Par contre cet homme souffre de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs depuis quatorze ou quinze ans ; il a le signe d'Argyll-Robertson, l'abolition du réflexe rotulien gauche.

Il a eu la syphilis à 24 ans (chancre de la lèvre inférieure diagnostiqué par M. Fournier et suivi de roséole). Il présente actuellement une leucoplasie linguale très accusée.

Observation X

Prurit préstomacal. Crises gastriques. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés. Diplopie. Inégalité pupillaire. Réflexe lumineux très diminué. Troubles urinaires. Lymphocytose céphalo-rachidienne abondante. Syphilis ancienne.

(Extraite du même article).

Cal..., 36 ans, 6 septembre 1906.

Vient pour des crises gastriques terribles qui durent depuis cinq mois et l'ont amené à un état de maigreur effrayante. Il se plaint en outre de démangeaisons très violentes dans la région préstomacale.

Ces démangeaisons sont accompagnées de picotements; elles surviennent surtout après le repas, par crises intolérables qu'il calme en se grattant furieusement ou encore en se pinçant la peau, ou en appuyant fortement des deux mains sur la région prurigineuse. Il y a souvent une sensation d'engourdissement dans la même région ; la sensibilité objective y est également diminuée car il y sent moins la piqûre et même la pression profonde.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. La pupille droite est irrégulière. Les réflexes lumineux sont diminués. Il y a souvent de la diplopie. Il a des troubles vésicaux : parésie vésicale qui se traduit par la lenteur des mictions et l'obligation où il se trouve de s'accroupir pour uriner ; perte de l'urine dans le pantalon à la fin des mictions.

Chancre syphilitique du méat en 1899, soigné pendant cinq ans par les pilules et l'iodure (Mauriac).

Observation XI

Prurit thoracique et lombaire. Douleurs fulgurantes. Rotuliens diminués. Achilléens abolis. Signe d'Argyll.

(Extraite du même article.)

Ler..., 53 ans, 11 juillet 1905.

Se plaint de souffrir, depuis quatre mois, de démangeaisons à la face antérieure du thorax et à la région lombaire. C'est particulièrement la nuit qu'il en souffre. Le grattage est modéré car le prurit l'est lui-même. Il n'y a aucune éruption cutanée.

Douches tièdes et pommades ne font qu'exagérer le prurit.

Malgré un traitement mercuriel par piqûres d'huile grise, le prurit persiste identique, avec les mêmes caractères et localisations, à la date du 12 décembre 1905.

Il s'agit d'un tabétique avéré, qui présente des douleurs fulgurantes et quelques troubles urinaires. Il a les réflexes rotuliens diminués, les achilléens abolis, ainsi que les réflexes lumineux.

Cet homme a eu la syphilis en 1876.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Observation XII

Extraite de la communication de M. Henri Lamy.

à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 17 octobre 1907.

Il s'agit d'une malade que j'ai eu l'occasion de suivre pendant six années et qui a succombé à un tabès des plus graves.

La symptomatologie était la suivante : incoordination extrême des membres inférieurs, survenue très près du début apparent de l'affection ; mouvements athétosiques des pieds comme on en observe parfois chez les grands ataxiques ; abolition des réflexes achilléen et rotulien ; parésie vésicale ; signe d'Argyll-Robertson sans autres troubles oculaires ; crises gastriques d'une intensité terrible accompagnées de grande prostration et de défaillance du pouls avec vomissements incoercibles durant plusieurs jours.

Pendant les trois dernières années de sa vie, cette malheureuse femme à plusieurs reprises et à des intervalles éloignées

de plusieurs mois eut des *crises de prurit* alternant avec des crises gastriques et durant comme elles deux à trois jours. Ces crises étaient pour la malade un véritable supplice, à tel point, disait-elle, qu'elle les redoutait plus que ses crises douloureuses. D'autant plus que ces crises prurigineuses cédaient moins complètement que les douleurs à la morphine et que je dus une fois avoir recours dans l'une d'elles à la ponction lombaire suivie d'une injection arachnoïdienne de stovaïne qui amena un réel soulagement.

Le prurit occupait surtout la région dorso-lombaire, irradiant un peu dans les membres inférieurs. La malade impotente dans son lit, immobilisée sur le dos, priait qu'on la retournât et qu'on lui frictionnât vigoureusement le dos, ce qui n'amenait aucun soulagement d'ailleurs.

Comme dans les observations de Milian, par conséquent, il s'agissait d'un prurit localisé et paroxystique ; mais les malades observés par lui étaient des tabétiques frustes tout à fait au début ; tandis que la mienne était parvenue au dernier degré de la cachexie et de l'incoordination tabétique.

Observation XIII (*personnelle*).

Louise D..., 50 ans, cuisinière, couchée au lit n° 9 de la salle Sainte-Jeanne à l'Hôtel-Dieu.

Tabès depuis six ans, signe d'Argyll-Robertson. Abolition des réflexes rotulien et achilléen, Romberg ébauché.

A eu des démangeaisons qui ont débuté en même temps que son tabès. Ces démangeaisons très vives exaspérantes, étaient

localisées à la ceinture, et s'irradiaient jusqu'aux membres inférieurs.

Elles survenaient par accès durant une heure et aucun traitement ne les soulageait. Elles sont apparues en même temps que les douleurs fulgurantes et ont disparu le 20 janvier de cette année en même temps que ces dernières.

Observation XIV (*Personnelle*).

François M..., 37 ans, garçon de restaurant, couché au 13 *bis* de la salle Saint-Christophe à l'Hôtel-Dieu.

Tabès depuis un an. Pas de démangeaisons à ce moment, non plus qu'à l'époque actuelle.

Observation XV (*Personnelle*).

Marius R..., 32 ans, employé de commerce, couché au n° 9 de la salle Saint-Christophe à l'Hôtel-Dieu.

Hérédo-syphilitique. Tabès datant de dix ans. Depuis un an et demi se plaint de démangeaisons à l'anus et aux fesses. Crises viscérales, diarrhée, prurit avec quelques placards de lichen. Son prurit n'est pas caractéristique, aussi ne le considérons-nous pas comme un prurit tabétique, d'autant mieux que la pommade à l'oxyde de zinc fait disparaître ses démangeaisons, ou du moins les atténue beaucoup.

Observation XVI (*Personnelle*).

J. M..., 63 ans, employé, entré à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur G. Ballet.

Tabès ancien ; n'a pas eu de démangeaisons, n'en a pas actuellement.

Observation XVII (*Personnelle*).

X..., 42 ans, garçon de restaurant, soigné à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Faisans.

Tabès fruste. Pas d'incoordination. Signe d'Argyll-Robertson. Ébauche de Romberg. Abolition des réflexes rotulien et achilléen. Douleurs fulgurantes. Crises vésicales.

Il a eu des démangeaisons dans les mollets qui ont duré pendant quatre mois. Prurit violent, survenant quelque temps après que le malade était au lit. Pas de lésions locales de la peau à ce moment. Aujourd'hui il n'existe pas de traces de lichénification. Ces démangeaisons sont survenues un peu après l'apparition des douleurs fulgurantes.

Observation XVIII (*Personnelle*).

Henri P..., maréchal-ferrant. Soigné dans le service du professeur Brissaud à l'Hôtel-Dieu.

Tabès ancien, avéré. N'a jamais eu de prurit, n'en a pas actuellement.

Observation XIX (*Personnelle*).

Léonie B..., 43 ans, journalière, soignée depuis fort longtemps dans le service du Dr Bourcy à l'hôpital Laënnec.

Tabès très ancien. Inégalité pupillaire. Signe d'Argyll-Robertson. Abolition des réflexes achilléen et rotulien. Romberg. Incoordination des membres inférieurs. Ostéo-arthropathie tabétique du pied droit. N'a jamais eu de prurit, n'en a pas actuellement.

Observation XX (*Personnelle*).

Berthe B..., 42 ans, brocheuse, soignée à Necker dans le service du Dr Hirtz.

Tabès datant de sept ans. Pas de démangeaisons à cette époque, ni maintenant.

Observation XXI (*Personnelle*).

Juliette T..., 39 ans, domestique, couchée au lit nº 14 de la salle de l'infirmerie, service du professeur Raymond à la Salpêtrière.

Son tabès a débuté il y a trois ans, elle n'a jamais eu de démangeaisons à cette époque, n'en a pas davantage actuellement.

Observation XXII (*Personnelle*).

M. P..., 33 ans, couchée au lit n° 18 de la salle Charcot, service du professeur Raymond à la Salpêtrière.

Tabès depuis deux ans. Signe d'Argyll-Robertson. Réflexes tendineux abolis. Romberg. Ne se rappelle pas avoir eu du prurit, n'en a pas actuellement.

Observation XXIII (*Personnelle*).

Mme V..., 56 ans, brodeuse, couchée au lit n° 1 de la salle Charcot, service du professeur Raymond, à la Salpêtrière.

Tabès depuis deux ans, abolition des réflexes rotuliens. Argyll-Robertson. N'a jamais eu de démangeaisons, n'en à pas à l'heure actuelle.

Observation XXIV (*Personnelle*).

M. B..., 40 ans, employé des postes, couché au n° 2 de la salle Bouvier, service du professeur Raymond, à la Salpêtrière. Tabès depuis trois ans. Chancre induré, il y a vingt ans, incoordination. Réflexes tendineux abolis. Jamais de démangeaisons ni autrefois, ni maintenant.

Observation XXV (*Personnelle*).

D..., 58 ans, couturière, couchée au n° 13 de la salle Gérando, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière. Tabès datant de

treize ans ; abolition des réflexes rotuliens, signe de Romberg, signe d'Argyll-Roberston, inégalité pupillaire. A eu autrefois, au début de son tabès, en même temps que des douleurs constrictives du thorax, des démangeaisons à la ceinture, sous les aisselles et dans la région inguinale des deux côtés. Ces démangeaisons violentes l'obligeaient à se gratter fortement, ce qu'elle faisait d'ailleurs sans obtenir aucun soulagement. Elles ont duré plus d'un an, et ont fini par disparaître d'elles-mêmes sans traitement.

Observation XXVI (*Personnelle*).

L..., 58 ans, femme de ménage, couchée au n° 1 de la salle Chardon-Lagache, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès datant de dix-huit ans. La pupille ne réagit plus à la lumière, présente du myosis surtout à droite. Les réflexes rotulien et achilléen sont abolis. Incoordination des membres.

Tout à fait au début de sa maladie, dit-elle, elle a eu de très vives démangeaisons à la poitrine qui la forçaient à se gratter jusqu'à s'arracher la peau. Il n'y avait d'ailleurs sur la peau de cette région aucune éruption qui puisse expliquer ces démangeaisons. Elles coïncidaient précisément avec des douleurs lancinantes, et des fourmillements siégeant aux mollets. Ces démangeaisons qui survenaient par crises durant jusqu'à une heure, ont persisté, pendant plusieurs années, et ont disparu ensuite.

Observation XXVII (*Personnelle*).

Gabrielle D..., 53 ans, fille de salle (restaurant), couchée au n° 25 de la salle Chardon-Lagache, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès datant de huit ans, n'a jamais eu de démangeaisons, n'en a pas actuellement.

Observation XXVII (*Personnelle*).

C..., Vve L..., 66 ans, cuisinière, couchée au n° 17 de la salle Chardon-Lagache, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès qui a débuté à l'âge de 40 ans. Elle présente actuellement tous les signes d'un tabès avéré. Incoordination extrême des membres inférieurs, abolition des réflexes achilléen et rotulien, signe d'Argyll-Robertson. Elle a eu, il y a vingt-six ans, des crises gastriques terribles ; en même temps que ces crises elle a eu à la poitrine des démangeaisons très vives, survenant principalement après les repas.

Elle ont disparu sans traitement, et définitivement, après avoir persisté pendant six à sept mois. Les douleurs gastriques, elles aussi, ont cessé à peu près à la même époque.

Observation XXIX (*Personnelle*).

G..., Vve Th..., 60 ans, couchée au n° 10 de la salle Chardon-Lagache, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès depuis dix ans, ne se rappelle pas avoir eu jamais de démangeaisons, n'en a pas en ce moment-ci.

Observation XXX (*Personnelle*).

F..., femme K..., 70 ans, couchée au n° 3 de la salle Vulpian, servise du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès depuis l'âge de 59 ans. Jamais de prurit.

Observation XXXI (*Personnelle*).

D..., femme L..., 55 ans, couturière, couchée au lit n° 12 de la salle Vulpian, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès depuis dix ans. Argyll-Robertson, incoordination des membres inférieurs.

Ne se rappelle pas avoir jamais eu de démangeaisons, n'en a pas à cette époque-ci.

Observation XXXII (*Personnelle*)

C..., 61 ans, sans profession, couchée au lit n° 21 de la salle Vulpian, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès datant de dix ans. A cette époque, au début de la maladie, elle aurait eu des démangeaisons très vives s'étendant à tout le corps, sans aucune éruption sur la peau. Ce prurit généralisé n'est pas caractéristique, car il a disparu en quelques jours.

Observation XXXIII (*Personnelle*)

Victorine G..., 46 ans, journalière, couchée au lit n° 19 de la salle Vulpian, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière.

Tabès qui date de neuf ans. Ne se rappelle pas avoir eu du prurit à cette époque, n'en a pas actuellement.

Observation XXXIV (*Personnelle*)

S..., 39 ans, monteur en fer, couché au n° 3 de la salle Serres, service du Dr Dalché, à la Pitié.

Tabès depuis sept ans, n'a jamais eu de démangeaisons. N'en a pas actuellement.

Observation XXXV (*Personnelle*)

R..., 45 ans, menuisier, couché au lit n° 5 de la salle Serres service du Dr Dalché, à la Pitié.

Tabès depuis l'âge de 38 ans, n'a pas eu de démangeaisons à cette époque, n'en a pas actuellement.

Observation XXXVI (*Personnelle*)

V..., 50 ans, cuisinier, couché au lit n° 5 de la Jenner, service du Dr Babinski, à la Pitié.

Tabès depuis six ans, jamais de démangeaisons, ni autrefois, ni actuellement.

Observation XXXVII (*Personnelle*)

B... Jean-Marie, 37 ans, ouvrier boulanger, couché au lit n° 4 de la salle Jenner, service du Dr Babinski, à la Pitié.

Tabès depuis trois ans, n'a pas eu de démangeaisons à cette époque, n'en a pas actuellement.

Observation XXXVIII (*Personnelle*)

V... Alphonse, 47 ans, employé de commerce, couché au lit n° 7 de la salle Jenner, service du Dr Babinski, à la Pitié.

Tabès datant de onze ans. Abolition des réflexes rotuliens, myosis et signes d'Argyll-Robertson, léger degré de parésie vésicale.

Ce malade a eu au commencement de sa maladie et en même temps que des douleurs fulgurantes dans les jambes, des démangeaisons très fortes, avec un besoin de se gratter irrésistible. Il se pinçait la peau tant le prurit était intolérable. Ces démangeaisons étaient localisées à la région lombaire, et la chaleur du lit les exaspérait. Elles s'accompagnaient de picotements et de cuissons ; pourtant la peau paraissait absolument normale. Elles durèrent ainsi pendant trois mois, puis disparurent définitivement. Le malade remarque lui-même que les douleurs fulgurantes cessèrent à la même époque.

Observation XXXIX

R..., 55 ans, cocher, vient consulter à l'hôpital de la Charité. C'est un tabétique avéré. Il y a dix ans, il a eu un chancre syphilitique à la verge. Ataxie. Ptosis gauche, anesthésie cubitale, disparition de tous les réflexes tendineux. Traitement à l'huile grise. N'a jamais eu de démangeaisons, n'en a pas actuellement.

CONCLUSIONS

1° Parmi les troubles sensitifs subjectifs du tabès, il en est un qui n'a été signalé que depuis fort peu de temps, bien qu'on le trouve à peu près dans un quart des cas, c'est le prurit tabétique.

2° Le prurit tabétique présente les caractères suivants : Il est localisé dans certaines régions du corps, tenace, s'accompagne de sensations diverses, telles qu'élancements et brûlures, qu'on a l'habitude de rencontrer dans le tabès, parfois de zones d'anesthésie objective.

3° Il peut être pur ou suivi de lichénification des téguments, seul ou accompagné de troubles vicéraux profonds correspondant au territoire prurigineux.

4° Il apparaît le plus ordinairement chez des individus atteints de tabès fruste, à la période préataxique. Il constitue donc un symptôme avertisseur de cette maladie.

5° Rebelle aux traitements ordinaires des prurits, il relève ainsi que le lichen lui-même du traitement géné-

ral mercuriel, qui n'est pas toujours efficace et auquel on doit associer l'administration du pyramidon, de l'antipyrine, du salicylate de soude, qu'on emploie souvent avec succès contre les douleurs des tabétiques.

Vu : le Président de thèse,
GAUCHER

Vu le Doyen.
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Besnier, Brocq et Jacquet. — Troubles de sensibilité in Pratique dermatologique, t IV, page 374, article de *Jacquet*.

— Article de *Brocq*, t. III, page 163, « *Lichen* ».

Déjerine et Thomas. — Tabès. Traité de médecine, *Brouardel et Gilbert*, 1902, t. IX, page 786.

Fournier. — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, Masson, 1882 ; et Leçons sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique, Masson, 1885.

Gaucher. — Leçons sur les maladies de la peau.

Marie et Guillain. — Tabès dorsualis. Traité de Médecine, *Bouchard*, *Brissaud*, t. IX, page 716.

Milian. — Prurit avec lichénification et tabès fruste, in Annales des maladies vénériennes, décembre 1905, p. 321.

— Le Prurit tabetique in *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 octobre 1907, p, 991.

H. Lamy. — A propos du prurit tabétique in *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 17 octobre 1907.

Impr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le Prince, Paris.